

Blog SwissDRG édition spéciale – Entretien avec SwissDRG SA

La SSMIG a décidé de consacrer une série spéciale aux parties prenantes du système de santé et de présenter les principaux acteurs du décompte des prestations stationnaires relevant de la structure tarifaire SwissDRG. Nous venons de nous entretenir avec le **Dr méd. Constanze Hergeth** et son équipe. Constanze Hergeth est directrice adjointe de SwissDRG SA et responsable du département somatique aiguë. SwissDRG SA développe et gère au total trois structures tarifaires concernant la rémunération des traitements stationnaires dans les hôpitaux et cliniques suisses, soit SwissDRG pour les soins somatiques aigus, TARPSY pour la psychiatrie et ST Reha pour la réadaptation.



Quelles sont les principales tâches de SwissDRG SA dans le système de santé suisse?

Les structures tarifaires nationales, qui sont appliquées de manière uniforme en Suisse depuis 2012 pour la facturation des prestations stationnaires, sont développées chaque année par SwissDRG SA sur la base de données. La rémunération des fournisseurs de prestations comprend deux composantes, à savoir

- le cost-weight effectif ainsi que les éventuelles rémunérations supplémentaires basées sur le traitement effectué
- le prix de base (baserate), qui varie d'un hôpital à l'autre et qui est négocié par les assureurs et les hôpitaux.

SwissDRG SA est exclusivement responsable de la première composante. Chaque année, les logiques de regroupement sont révisées sur la base des données relatives aux coûts et aux prestations fournies par les hôpitaux, des cost-weights sont calculés par DRG, et des rémunérations supplémentaires sont déterminées.

Quel rôle jouent les données cliniques chez SwissDRG? Quel est l'impact de la documentation médicale pour un codage DRG correct?

La qualité des données est essentielle pour le système tarifaire. Les données relatives aux coûts et aux prestations fournies, mais aussi les retours détaillés en cas de demande de notre part sont très précieux et aident SwissDRG SA à comprendre les structures de coûts au cas par cas et à améliorer le système en continu. Ce n'est que sur la base de cas correctement codés et d'une saisie exacte des données relatives aux coûts qu'un système tarifaire approprié peut être développé. Les données saisies en 2025 dans le domaine des soins somatiques aigus serviront de base au développement de la version tarifaire 17.0, qui sera pertinente pour la facturation en 2028. Si, par exemple, les coûts liés à des prestations telles que la gastroscopie ou des médicaments sont omis lors de la saisie des coûts, certains cas au sein d'un DRG sont alors sous-évalués en termes de coûts. Cela se répercute sur le calcul du cost-weight inlier de ces DRG basé sur la valeur moyenne. Il existe donc un risque qu'en cas de mauvaise qualité des données en 2025, le remboursement des cas au sein des DRG concernés en 2028 ne reflète pas correctement les coûts réels. SwissDRG SA réduit autant que possible ce risque au moyen de tests de plausibilité, de questions directes et de suppressions de cas.

Comment SwissDRG SA actualise-t-elle exactement les versions de SwissDRG?

Les principales suggestions concernant les modifications de la logique de regroupement nous parviennent par le biais de la procédure de demande annuelle en juin et juillet. Nous recevons ainsi des informations de la part des différents utilisateurs sur les adaptations possibles. Nous les vérifions ensuite à l'aide des données fournies par les hôpitaux. Une bonne communication entre les hôpitaux et SwissDRG SA est ici essentielle.

Par exemple, une demande a été déposée en 2024 concernant le remboursement du principe actif trastuzumab déruxtécan (L01FD04) en tant que rémunération supplémentaire, car les coûts de ce médicament très onéreux ne seraient pas reflétés de manière adéquate dans la structure tarifaire. Cette demande a été examinée sur la base des données 2023 et a pu être mise en œuvre avec la rémunération supplémentaire ZE-2026-253, de sorte que les cas portant le code ATC L01FD04 seront à l'avenir représentés correctement.

SwissDRG SA ne se limite toutefois pas à l'examen des demandes. Elle procède également à de vastes simulations qui vont bien au-delà des problématiques décrites dans la demande concernée. De plus, de nombreuses analyses et les transformations qui en découlent sont effectuées sur la base de nos propres idées. Des examens approfondis au cas par cas sont également effectués, ainsi que les codes CHOP et CIM associés.

Y a-t-il aussi une mise à jour entre les différentes sous-versions?

Si on s'en tient à l'exemple des données relatives aux coûts et aux prestations de l'année 2025, la version catalogue 17.0 est élaborée sur la base de ces données. La version catalogue est approuvée par le conseil d'administration de SwissDRG et soumise au Conseil fédéral pour approbation. Afin de permettre aux hôpitaux une planification adéquate sur la base des données 2026 et 2027, ainsi qu'un décompte en 2028, les versions de planification 1 et 2 ainsi que la version de décompte sont en cours de développement. Ces versions ne diffèrent de la version catalogue que par le fait que les codes CHOP, CIM et ATC valables pour l'année concernée y sont transposés. Aucune autre mise à jour n'y est effectuée.

Pour les internistes généralistes, la représentation d'une patientèle multimorbide est particulièrement importante. Comment cela fonctionne-t-il?

Les diagnostics secondaires avec complication ou générant une consommation accrue de ressources sont représentés dans la matrice CC avec un certain niveau de gravité. La gravité du diagnostic est exprimée par une valeur de 0 à 4. Pour chaque cas individuel, le Grouper calcule le degré de gravité global du cas (PCCL) à partir des valeurs CCL des différents diagnostics secondaires et peut, en cas de split PCCL, être regroupé dans un DRG de valeur supérieure.

La procédure de demande permet de saisir des revalorisations médicalement fondées de codes CIM dans la matrice CC de certains DRG de base. Il convient toutefois de noter que les revalorisations ne sont pas uniquement basées sur des données, elles doivent aussi être médicalement compréhensibles. Les faux incitatifs doivent impérativement être évités.

La matrice CC n'est toutefois qu'un élément du développement. Grâce à de nombreuses autres transformations, la représentation des cas particulièrement gourmands en ressources en raison d'une multimorbidité est continuellement améliorée à chaque évolution du système.

Comment les codes sortent-ils de la matrice CCL?

En principe, aucun code CIM ne sort de la matrice CCL. Les revalorisations ou dévalorisations de codes CIM sont toujours vérifiées au moyen des données. Les analyses sont effectuées sur la base d'une demande émanant tant des fournisseurs de prestations que des assureurs. Les propres observations, p. ex. issues du codage ou de l'examen de cas individuels, sont également prises en compte.

Il est en principe possible de vérifier la reprise d'un code CIM retiré de la matrice CC. Cela nécessite souvent une précision préalable de la directive de codage pour la saisie du diagnostic concerné.

Le groupe de travail «Manuel de codage» de l'Office fédéral de la statistique (OFS) élabore ou révisé les directives de codage. Les organisations partenaires telles que la FMH ou H+ sont représentées dans ce groupe de travail. La SSMIG a ainsi la possibilité de participer, par l'intermédiaire de la FMH, aux travaux du groupe de travail «Manuel de codage» portant sur différents thèmes.

Où voyez-vous les plus grands malentendus concernant SwissDRG dans la pratique clinique quotidienne?

«SwissDRG détermine la manière dont nous devons travailler sur le plan médical.»

Cette affirmation est fautive. La structure tarifaire n'impose pas de décisions cliniques, son objectif est de refléter la réalité clinique des soins. Il s'agit ici d'un système tarifaire qui répertorie les prestations et non d'un ensemble de règles médicales. S'il existe des traitements complexes décrits dans le CHOP, ceux-ci sont proposés et discutés par les sociétés de discipline médicale en faisant référence à des études basées sur des données probantes. SwissDRG SA n'établit pas les règles, mais reproduit, par le biais de la structure tarifaire, l'éligibilité au financement des différents cas.

«Les DRG sont l'expression d'un système d'économies dont le seul but est de réduire les coûts.»

La structure tarifaire SwissDRG est un système relatif. Les cas sont regroupés et reçoivent, en fonction de leur charge de travail, un cost-weight plus ou moins élevé par rapport aux autres cas. La couverture des coûts dépend toutefois du prix de base individuel négocié par les partenaires tarifaires. Pour les analyses du taux de couverture présentées lors de l'introduction du système, un prix de base hypothétique pour toute la Suisse est utilisé pour les bénéficiaires nuls (y compris les coûts d'utilisation des immobilisations). Cela permet de garantir qu'il n'en résulte en moyenne aucun bénéfice ni aucune perte dans tous les cas. Les chiffres clés présentés ne montrent donc que les modifications du degré de couverture d'un groupe de cas par rapport à la version précédente (effet de catalogue).

«Le Grouper prend ses décisions de manière arbitraire.»

Cette affirmation est fautive. Dans les faits, les écarts observés dans le regroupement de cas similaires s'expliquent facilement. Des facteurs tels que le diagnostic principal, les procédures pertinentes ou le degré de sévérité sont déterminants pour le regroupement. La logique de regroupement suit des règles claires qui aboutissent au regroupement final dans un DRG. Le Grouper de chaque version tarifaire est publié. De plus, la logique de regroupement correspondante est documentée en détail dans le Manuel de définition sur notre site Internet et peut être consultée par le public. Lors du développement d'une nouvelle version, on veille en outre à éviter les faux incitatifs dans la logique de regroupement.